Należytość pocztowa uiszczona ryczałtem

Rok VIII. Lwów-Kraków, styczeń-luty 1935 Nr. 1 i 2.

POŁOŻNA

ORGAN STOWARZYSZENIA ZAWODOWEGO POŁOŻNYCH MAŁOPOLSKI.

MIESIĘCZNIK

132

Treść numeru:

Uwaga: Numer obecny zawiera zeszyt za styczeń i luty.

POŁOŻNA

Organ Stowarzyszenia Zawodowego
Położnych Małopolski

Rok VIII.



LWÓW — KRAKÓW

1935.

Spis rzeczy.

ARTYKUŁY LEKARSKIE I SPOŁECZNO ORGANIZACYJNE.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Z PRAKTYKI.

RUCH ORGANIZACYJNY.

RÓŻNE.

ROK VIII. STYCZEŃ-LUTY 1935 Nr. 1 i 2

POŁOŻNA

MIESIĘCZNIK

ORGAN STOW. ZAWODOWEGO POŁOŻNYCH MAŁOPOLSKI LWÓW—KRAKÓW

Cena pojedynczego numeru **60 groszy,** w przedpłacie kwartalnej **Złotych 1·50**

Redakcja i Administracja: Lwów, Pijarów L. 4. Telefon 126 i 88-50.

Redakcja na Kraków ul. Kopernika L. 17, Telefon Nr. 102-65

Dr. ST. MĄCZEWSKI — Lwów.

O przebiegu porodu.

Istnieje aforyzm łaciński, który głosi: „Belli et partus dubius eventus“. Znaczy to, iż nie możemy przewidzieć, jaki będzie przebieg porodu i jak się poród skończy, jak również nikt nie jest w stanie orzec, jak się potoczy wojna, która się rozpoczęła, i kto w tej wojnie odniesie zwycięstwo.

Poród w tym aforyzmie porównano z wojną. Porównanie bardzo trafne i wiele mówiące. W czasie wojny giną setki i tysiące żołnierzy. Rzeczą dowódcy jest tak prowadzić armję, aby straty były jaknajmniejsze. Podczas porodu zagraża niebezpieczeństwo życiu matki i płodu. Poród, który przebiega nieprawidłowo, w warunkach niekorzystnych, może pociągnąć za sobą śmierć rodzącej i jej dziecka. Nigdy nie możemy powiedzieć z góry, jaki będzie przebieg porodu. Wywiady, badanie zewnętrzne i we-

wnętrzne rodzącej dają nam bardzo dużo momentów do tego, aby sądzić o przebiegu porodu. Sąd nasz jednak o przebiegu porodu nie może być nigdy stanowczy i ostateczny. Ten, kto wydaje absolutny sąd o tym, że dany poród odbędzie się bez najmniejszych powikłań, a więc prawidłowo, postępuje lekkomyślnie i wystawia sobie świadectwo nieznajomości położnictwa. Na podstawie wielkich statystyk zakładów położniczych, oraz na podstawie doświadczenia ustalono, że poród prawidłowy u pierwiastki trwa przeciętnie około 24 godzin, u wieloródki zaś około 12 godzin. Zdarza się niejednokrotnie, iż pierwiastka rodzi w znacznie krótszym czasie, u wieloródki cały poród trwa nieraz dosłownie kilka godzin. Bywa jednak często i odwrotnie. W pierwszym okresie porodowym zdrowej rodzącej i płodowi nie grozi żadne niebezpieczeństwo. Należy sobie z tego faktu zdać sprawę. Ponieważ ten okres porodu trwa zazwyczaj kilka lub kilkanaście godzin — położna, asystująca przy porodzie, ma dosyć dużo czasu, aby odesłać rodzącą do zakładu lub wezwać lekarza, skoro zauważy jakieś nieprawidłowości, któreby uniemożliwiły poród prawidłowy. Transport w tym okresie porodu nie spowoduje złych następstw.

Inaczej przedstawia się sprawa w II okresie porodu. W tym okresie rodzącej i płodowi grozi już poważne niebezpieczeństwo. Rodzącej bowiem grozi zakażenie, jeżeli poród będzie się przedłużał, może nawet wystąpić pęknięcie macicy, co jest nieomal równoznaczne ze śmiercią rodzącej, płodowi zaś skutkiem nadmiernego trwania porodu grozi śmierć z uduszenia. Drugi okres porodowy jest zatem jednym z najniebezpieczniejszych okresów porodu. Nieumiejętne postępowanie przez położną w II. okresie porodowym naraża, jak z powyższego wynika, rodzącą i płód na bardzo wielkie niebezpieczeństwo. Niewłaściwe postępowanie w II. okresie porodowym, jak np. częste badania wewnętrzne rodzącej, zwlekanie z wezwaniem lekarza, skoro położna zauważyła jakąś nawet pozornie drobną nieprawidłowość, prowadzi w następstwie do tego, że skoro zostanie wreszcie wezwany lekarz do porodu lub też, gdy rodząca zostanie odesłaną do zakładu położniczego, stan choroby wskutek nadmiernego przedłużania się II. okresu porodu będzie taki, że uniemożli-

wi lekarzowi rozwiązanie rodzącej takim sposobem i takimi środkami, jakie byłyby dla niej w innych warunkach najkorzystniejsze. Skutkiem przedłużania się porodu, występuje u każdej rodzącej bez wyjątku zakażenie macicy, co uniemożliwia już lekarzowi wykonanie pewnych zabiegów, najskuteczniejszych dla ratowania matki i płodu.

W myśl instrukcji dla położnych — rola położnej, wezwanej do rodzącej, ogranicza się do następujących czynności: położna winna przeprowadzić badanie położnicze i przekonać się, czy poród przebiega prawidłowo; jeżeli spostrzeże jakąkolwiek, nawet drobną nieprawidłowość, winna natychmiast wezwać lekarza. Ażeby spostrzec właśnie tę nieprawidłowość, wymaga się od położnej wiedzy, doświadczenia i sumienności.

Skoro II. okres porodowy skończył się szczęśliwie — największe niebezpieczeństwo może zagrażać w III-cim okresie porodowym.

Mówię — m o ż e — dlatego, że w tym okresie porodu mamy zazwyczaj najwięcej niespodzianek, wreszcie w tym okresie porodu robi się najwięcej błędów, które w konsekwencji mogą doprowadzić do katastrofy. W każdym przypadku porodu w III. okresie porodowym, czyli łożyskowym (w tym okresie ma się urodzić łożysko wraz z błonami), może wystąpić życiu rodzącej, zagrażający krwotok. Nikt absolutnie nie jest w stanie przewidzieć, czy w danym wypadku będzie krwotok, czy też nie. Są pewne objawy, które naprowadzić mogą położną na to, że krwotok może wystąpić, że macica będzie się źle kurczyć itd., a wtedy położna może się odpowiednio przygotować i zabezpieczyć. Częściej jednak te krwotoki w III-cim okresie porodowym, występuje niespodziewanie, a występują w tych przypadkach, w których nigdy nie spodziewaliśmy się tego groźnego powikłania. Zaskakują położną i otoczenie. Powstaje zamieszanie. Położna posyła natychmiast po lekarza, który, powiedzmy, mieszka w tej samej kamienicy. Lekarz natychmiast przychodzi, lecz okazuje się, że ani położna, ani lekarz nie mają gazy do tamponowania macicy. Trzeba posłać po gazę itd. Zanim wszystko zostanie przygotowane, rodząca może się zupełnie skrwawić. W takich warunkach, w tym właśnie okresie porodu ginie najwięcej kobiet.

Dla przykładu podam, jak postępuje się w takich wypadkach w zakładzie położniczym.

W czasie porodu, który przebiega zupełnie prawidłowo, obecna jest na sali porodowej doświadczona położna zakładowa. Ma ona do dyspozycji w każdej chwili asystenta, oraz lekarza dyżurnego. Do pomocy ponadto jeszcze są lekarze, odbywający praktykę lekarską, uczennice Szkoły Położnych lub pielęgniarki. Na sali przygotowawczej pali się stale sterylizator, gdzie można w każdej chwili wyjałowić narzędzia potrzebne do operacji.

Jeżeli teraz wystąpi w III-cim okresie porodowym krwotok — wszystkie wymienione osoby natychmiast znajdą się przy łóżku rodzącej. Bywa tak w podobnych przypadkach, że mimo natychmiastowej pomocy, rodząca utraci bardzo dużo krwi i wystąpią groźne objawy skrwawienia. Conajmniej 7 osób ma zajęcie przy tej rodzącej, aby ją ratować. Wszyscy mają „pełne ręce roboty". Nieraz kilka godzin pracują wszyscy w pełnem napięciu i niepokoju, aby ocalić skrwawioną kobietę. Zachodzi nieraz potrzeba transfuzji krwi. Mimo takiej pomocy, zdarza się, co prawda rzadko, że nie jesteśmy w stanie uratować tej rodzącej. Proszę sobie teraz wyobrazić, że osoba ta rodzi w domu, a przy porodzie jest tylko sama położna.

Aforyzm, który przytoczyłem na wstępie tego artykułu, odnosi się do takich przeważnie wypadków.

Nigdy nie możemy z góry przewidzieć, jaki będzie przebieg porodu. Obawy nasze dotyczą w pierwszym rzędzie III-ciego okresu porodowego. W tym okresie bowiem może zagrażać krwotok, który wobec nie przygotowania położnej i wobec braku warunków do ratowania rodzącej, może się skończyć katastrofą.

Społeczeństwo już zrozumiało, jakie niebezpieczeństwo kryje w sobie poród, który odbywa się w warunkach niekorzystnych. Dlatego też w dużych miastach zauważyć się daje obecnie znamienny fakt, że rodzące przeważnie odbywają porody w Zakładach położniczych, a nie w domu. Jest to zjawisko o bardzo doniosłem znaczeniu. Położnictwo domowe w dużych miastach zanika zupełnie. Za granicą nastąpiło to wcześniej znacznie, niż u nas, dlatego, iż tam istnieje większa ilość Zakładów położniczych. We Lwowie np. do roku 1925 mieliśmy zaledwie

60 łóżek położniczych, istniały bowiem tylko 2 zakłady położnicze, a to: Klinika i Oddział szpitalny. Obecnie ilość łóżek położniczych zwiększyła się w trójnasób, dzięki powstaniu oddziału położniczego Ubezpieczalni Społecznej. Ponadto istnieją we Lwowie dwa sanatorja położnicze. W tym czasie, kiedy istniały tylko dwa zakłady położnicze — nie mieliśmy przepełnienia. Obecnie we wszystkich zakładach jest dużo położnic. To świadczy, iż kobiety rodzące zrozumiały, że w zakładzie położniczym posiadają maximum bezpieczeństwa. Garną się zatem chętnie do zakładów położniczych, poddają się bez szemrania wszelkim rygorom, jakie tam istnieją, chcąc tylko odbyć poród w warunkach korzystnych.

Rzecz naturalna, że tego rodzaju stan rzeczy pociąga za sobą utratę praktyki położniczej przez lekarzy położników oraz przez położne. We Lwowie np. olbrzymia większość położnych nie wykonuje zupełnie swego zawodu, gdyż praktyka położnicza maleje z dnia na dzień. Położne narzekają i nie są zadowolone z tego stanu rzeczy. Dziwić się im nie można, należy jednak wytłumaczyć, że obecny stan rzeczy jest postępem w położnictwie i dążyć należy do tego, aby w Państwie powstało jaknajwięcej zakładów położniczych.

Nigdy bowiem nie jesteśmy w stanie powiedzieć i wziąć na siebie pełnej odpowiedzialności, że poród odbędzie się prawidłowo, tzn. bez szkody dla matki i płodu. Dążyć winniśmy konsekwentnie do tego, ze swoją nawet wyraźną szkodą materjalną, aby porody odbywały się w Zakładach położniczych, gdyż tam rodząca znajduje zawsze maximum bezpieczeństwa. Uświadomienie kobiet w tym kierunku jest już obecnie duże. Należy jednak dalej pracować, aby uświadomienie to było powszechne. Do pracy w tym celu powołani są w pierwszym rzędzie lekarze i położne.

Dobro rodzącej i jej dziecka, winno być naszym najwyższym nakazem.

Dr. med. FRANCISZEK KSAWERY CIESZYŃSKI — (Warszawa)

Systematyczna walka z kiłą wrodzoną jako zagadnienie społeczne.

III. Walka z kilą wrodzoną.

Zumbusch, zgodnie z wielu innymi autorami, orzekł, że „Sprawa walki z kilą wrodzoną jest sprawą jej zapobiegania". Na podstawie długoletniego doświadczenia doszedł bowiem świat lekarski do przekonania, że zapobieganie kile wogóle, a kile wrodzonej w szczególności jest akcją bardziej celową i skuteczniejszą, niż późniejsze jej żmudne leczenie, które mimo wielkich wysiłków daje tylko skromne owoce. Świat lekarski jest więc dzisiaj zgodny ze światem duchownym i nauczycielskim, że należy młodzież strzec przed zarażeniem się kilą, co najpewniej można osiągnąć tylko przez zalecanie wstrzemięźliwości płciowej przed zawarciem małżeństwa. Uznając zaś wspólnie skuteczniejsze hasło pedagogiczne „nie zakaz lecz nakaz", zalecają młodzieży pracę, książki i zrzeszenia oraz gimnastykę i sporty, które odwodzą młodzież od życia płciowego i strzegą ją temsamem od zarażenia się kilą. Lekarze i nauczyciele wykonują zatem w praktyce nakazy najgłębszych religji, które zalecają czystość obyczajów, jako najpewniejszy pancerz przed kilą i zwyrodnieniem, oraz przyczyniają się do wzmożenia się cnoty czystości, którą Kościół Katolicki czci i szerzy przez kult Matki Boskiej. Żmudne badania naukowe i długoletnie doświadczenie lekarzy i nauczycieli potwierdzają więc odwieczne, intuicją osiągnięte wskazania religijne, które są najlepszem, gdyż najpewniejszem i najtańszem zapobieganiem kile.

1). Leczenie przed poczęciem dziecka.

Równolegle z wielką akcją zapobiegawczą, którą prowadzi całe społeczeństwo za pomocą wszystkich dostępnych metod i środków, walka z kilą wogóle, a wrodzoną w szczególności obejmuje jej leczenie. Jeżeli chodzi o zapobiegnięcie kile wrodzonej, najpewniejsza droga prowadzi przez gruntowne wyleczenie kiły rodziców przed poczęciem dziecka. Ponieważ leczenie kiły w warstwach sze-

rokich, a więc biednych nigdy nie jest uskuteczniane, bądź to z powodu braku środków materjalnych, bądź to z powodu braku zrozumienia i wytrwałości, staje się ono zagadnieniem społecznem, które musi być rozwiązane przez lekarzy z jednej i nauczycieli, duchownych oraz prawników z drugiej strony. Najlepszem urządzeniem społecznem stają się dlatego Poradnie Przedślubne, które przy współpracy wszystkich powyższych czynników, uświadamiają kandydatów do stanu małżeńskiego o grożącem niebezpieczeństwie, badają ich i w razie stwierdzenia kiły, nie pozwalają na zawarcie małżeństwa przed jej skutecznem wyleczeniem, gdyż w przeciwnym razie przeniosłaby się na potomstwo.

2). Leczenie w czasie ciąży.

Ponieważ w naszym kraju sieć Poradni Przedślubnych dopiero się zawiązuje, i bardzo dużo jeszcze czasu upłynie, nim obejmie cały kraj, zdarzają się niestety i długo zdarzać się będą przypadki przenoszenia kiły na żonę i przyszłą matkę, a temsamem na dziecko. Z tych względów pożądane jest tworzenie coraz liczniejszych Stacji opieki nad matką ciężarną, któreby swą opieką objęły jaknajwiększą liczbę kobiet ciężarnych i między innemi schorzeniami największą uwagę zwracały na kiłę.

W tym celu powinno się pobierać u wszystkich kobiet ciężarnych krew z żyły na odczyn Wassermanna, którego wykonywanie byłoby główną podstawą istnienia i rozwoju Pracowni chemiczno-bakterjologiczno-serologicznych przy wszystkich Szpitalach Powiatowych i dałoby egzystencję setkom lekarzy analityków. W razie stwierdzenia dodatniego odczynu Wa, leczenie powinno odbywać się na samym początku ciąży ze względu na wrażliwość nerek ciężarnych, na co wskazuje T r i c h u e s e. Leczenie musi być jednak wytrwałe i silne, gdyż krętki w łożysku dla lekarstw przeciwkiłowych są trudniej dostępne.

Że leczenie kobiet kiłowych podczas ciąży może zapobiec wystąpieniu kiły wrodzonej, dowodzi doświadczenie G ö s t y A h m a n a, który spostrzegał na 50 przypadków kobiet kiłowych 10 zakażonych przed 3-ma laty i 13 zakażonych w czasie tych 3-ch lat. Miały one dzieci zdrowe po uskutecznieniu leczenia z wyjątkiem dwóch nieleczonych, które miały dzieci chore. Następnie spostrzegał

on 21 kobiet, zakażonych w okresie zapłodnienia, i 18 zakażonych podczas ciąży, których dzieci były zdrowe i chore, ściśle zależnie od tego, czy matka odbyła całkowitą kurację, czy też tylko częściową. O ile natomiast zakażenie nastąpiło w ostatnich tygodniach ciąży, dziecko rodziło się zdrowe, choć matka była niedostatecznie leczona.

Leczenie ciężarnych popiera np. Magistrat m. Wiednia, gdyż wszystkich matkom ubogim zarażonym kiłą udziela pomocy materjalnej, o ile przedstawią świadectwo lekarza-specjalisty, że się poddały leczeniu gruntownemu. Że leczenie w czasie ciąży może być skuteczne, dowodzą doświadczenia Ahmana. Również skandynawski autor Almkwist twierdzi, że „Walkę z kiłą wrodzoną należy zacząć podczas ciąży matki, przyczem każda ciężarna bez wyjątku, powinna być badana klinicznie i serologicznie, aby można wykryć kilę nieznaną".

3). Leczenie matki oraz dziecka po porodzie.

W razie stwierdzenia kiły, leczenie powinno odbyć się wcześnie, aby zapobiec wystąpieniu objawów i przeniesieniu się kiły na późniejsze dzieci. Dla wykrycia kiły utajonej wskazane jest pobieranie krwi na odczyn Wa u wszystkich rodzących i ewen. skontrolowanie go we krwi żylnej, co mogłoby być z czasem równie obowiązujące, jak zabieg Crédé'go, i dałoby prawną podstawę istnienia laboratorjów powiatowych. Narazie pamiętać należy, że na kiłę matki wskazują martwo urodzone dzieci, zniekształcenia, nadmiar wód płodowych lub przerost łożyska.

Poszukiwanie kiły u rodzących przyniesie niewątpliwie owoce, które unaoczniają nam patetyczne lecz słuszne słowa M. Marcel Pinard'a: „Szukając dobrze kiły i znalazłszy ją, wchodzimy w posiadanie nadzwyczajnej władzy zatrzymania fatalnych następstw dla rodziny, wpływania na bieg wypadków i sprowadzenia szczęścia tam, gdzie bez nas panowałoby nieszczęście".

4). Leczenie dziecka kilowego.

Leczenie to jest znowu zagadnieniem społecznem, gdyż według większości rzeczoznawców trwać musi 3 lata, a według E. Müllera przy leczeniu w zakładach zamknię-

tych dałoby się ew. skrócić na dwa lata, jeżeli leczenie ma być owocne. Np. Carle orzekł: „Niedostateczne leczenie jest niebezpieczne, jak zła lina w górach, gdyż nie daje prawdziwego bezpieczeństwa". Jest ono następstwem:

1). nieświadomości i obojętności rodziców,

2). warunków materjalnych nieślubnych matek i

3). nieświadomości lekarzy, że trzeba 3 lata leczyć. W przeciwnym razie bowiem można oczekiwać zjawienia się po kilku miesiącach dziecka z kłykciami, wodogłowiem, zapaleniem rogówek, okostnej itd.

Tutaj zaznaczyć należy, że dziecko kilowej matki powinno być leczone mimo ujemnego odczynu Wa w jego krwi, gdyż, jak wyżej zaznaczyłem, noworodki i niemowlęta dają przez dłuższy czas tylko rzadko dodatni odczyn, który dopiero u starszych dzieci występuje coraz częściej. Wiemy również, że objawy kilowe wystąpić mogą dopiero po kilku tygodniach, miesiącach a nawet latach zupełnego utajenia.

Sprawa leczenia dzieci kilowych, które musi być tak długotrwałe, przedstawia dlatego w praktyce olbrzymie i nader trudne do rozwiązania zagadnienie społeczne. System leczenia zależy z jednej strony przedewszystkiem od tego, czy dziecko ma dostateczną opiekę domową, a z drugiej od tego, czy jego sprawa chorobowa przedstawia jakieś niebezpieczeństwo przeniesienia choroby na otoczenie dziecka. Od tych dwóch warunków będzie zależało, czy leczenie ma się odbywać w zakładzie zamkniętym, czy też w opiece otwartej.

A. Jeżeli chodzi o dzieci kilowe — sieroty niema zapewne dwóch zdań, że trzeba je leczyć na specjalnych oddziałach sierocińców, czyli zakładów zamkniętych, aż do zupełnego wyleczenia, jak to czyni w Rummelsburgu pod Berlinem Erich Müller. Potem można je dopiero oddać na wychowanie obcym ludziom, aby je lepiej przygotowali do życia, niż to są zdolne uczynić zarządy Domów Sierot.

Wyjątek satnowią te przypadki, w których dziecko kiłowe — w każdym razie po ustąpieniu objawów niebezpiecznych dla otoczenia — na wychowanie bierze kobieta, o której z całą pewnością wiadomo, że sama przechodziła kilę, naturalnie jeżeli żyje w odpowiednich wa-

runkach i jest bezdzietna. Postępowanie takie dało dobre rezultaty po wprowadzeniu go od roku 1910 w Hamburgu. W każdym razie dzieci kiłowe, w ten sposób pomieszczone, pozostają pod specjalnie ścisłą opieką urzędu opiekuńczego i muszą ambulatoryjnie przez 3 lata się leczyć.

W myśl tej zasady, że otoczenie ma być zabezpieczone od zarażenia, wydał również Rietschel w Dreźnie odpowiednie zarządzenia, normujące pomieszczenie wychowanków kiłowych w rodzinach. Dzieci takie z otwartą kiłą muszą być obowiązkowo umieszczone w szpitalach, aż do zagojenia wykwitów. Nie mogą też pozostawać w ciągu swego 3-letniego leczenia ambulatoryjnego u kobiet, u których są równocześnie inne zdrowe dzieci. Leczenie zaś dzieci tych odbywa się na koszt miasta.

B). Jeżeli chodzi o dzieci kiłowe, mające rodziców względnie kogoś z rodziny, — a w Berlinie np. pomiędzy dziećmi kiłowemi jest 43 proc. ślubnych — wtedy spotykamy się już ze zdaniami podzielonemi.

a) Jedna część autorów jest zdania, że należy dzieci kiłowe odłączyć od rodziców na 3 — 4 lat i leczyć je przez ten czas w przytułkach czyli zakładach zamkniętych.

Pierwszą nieudaną próbę w tym kierunku uczyniono w roku 1870, stwarzając pod Paryżem z inicjatywy Colombier i Fagner pierwszy zakład zamknięty dla matek i dzieci kiłowych. W okresie 10 lat z 1959-ga dzieci leczonych bowiem tylko 20 proc. dożyło drugiego roku życia, a 80 proc. zmarło. Ten słaby wynik spowodowały niewątpliwie niski poziom ówczesnego lecznictwa kiły, niedorozwój ówczesnego szpitalnictwa dziecięcego i odżywianie sztuczne w 40 proc.

Pierwszy zatem trwały i powodzeniem się cieszący zakład stworzył prof. Welander przy pomocy dobroczynności w roku 1900 w Sztokholmie pod nazwą „Welandersches Luesheim — Lilla Hemmet". Leczono w nim do roku 1913 niemowląt 114 i 13-oro starszych dzieci z późną kiłą wrodzoną z takim skutkiem, że z 26-ciorga wypisanych dzieci tylko jedno, a z 69-ciorga pozostałych w przytułku troje miało nawrót w ciągu czasu spostrzegania do 13-tu lat.

Drugi podobny zakład otworzono po kilku latach w Kopenhadze, po którym stworzono w Danji jeszcze

dwa, z których jeden istnieje w Bispebjergu. Następnie otworzył w r. 1909 w Friedrichshagen pod Berlinem Rosenthal podobny zakład pod nazwą „Heim für erblich kranke Kinder". Do tego zakładu, utrzymywanego przez specjalne towarzystwo, przyjmuje się dzieci kiłowe ewent. z matką pod tym warunkiem, że pozostanie w nim przez 4 lata. Tam do roku 1914 żadnego przypadku śmierci nie spostrzegano. W r. 1925 istniały podobne zakłady również w Malmö, Gothenburgu, Oslo i Pradze.

W zapale swym do leczenia kiły wrodzonej w zakładach zamkniętych posuwa się E. Müller do twierdzenia, że „jeżeli brak prawnych danych do przymusowego leczenia na oddziale szpitalnym, należałoby je stworzyć". Równocześnie jednak nie ukrywa tych niebezpieczeństw, jakie grożą na oddziałach szpitalnych dzieciom kiłowym dzięki ich osłabionej odporności na wtórne zakażenia. Dlatego za konieczne urządzenia uważa możność dokładnego izolowania i uodparniania wieloważną szczepionką przeciwgrypową. Równocześnie radzi zapobiegawcze podawanie jodu i umieszczanie oddziałów na wsi. W jego zakładzie zamkniętym spadła też śmiertelność dzieci kiłowych z 50 na 14 proc.

Schlossman, Kamnitzer, Busche i Rietschel są natomiast przeciwni tworzeniu przytułków, twierdząc, że nie opłaca się robienie takich nakładów dla dzieci mniej zdolnych do życia wobec po części wątpliwych wyników leczenia. Ostatni autor uważa je więcej za konieczne ze względu na ochronę otoczenia, a mniej ze względu na dzieci kiłowe. Przyznaje równocześnie, że leczenie w przytułkach jest niewątpliwie tańsze niż na specjalnych oddziałach kiłowych, a z drugiej strony bezpieczniejsze co do wtórnych zakażeń t. zw. wewnątrzszpitalnych.

b). Druga część autorów zaleca leczenie dzieci kiłowych w opiece otwartej, które ma również swoje dobre i złe strony. Jest ono niewątpliwie najtańsze i pozwala na łatwiejsze uniknięcie wtórnej infekcji, niż na oddziale. Do ciemnych stron należy niebezpieczeństwo przeniesienia choroby na otoczenie, czego uniknąć można jednak przez czasowe umieszczenie dziecka w szpitalu, aż do ustąpienia wykwitów.

Później istnieją trudności w nakłonieniu matek do regularnego uczęszczania do Przychodni i poddawania dziecka nieprzyjemnemu kłuciu, mimo że niema w danej chwili widocznych objawów. Trudności te przezwyciężyć może jedynie lekarz, który zdobył zaufanie matki w Stacji Opieki nad Niemowlętami, wskazując na odpowiedzialność matki za przyszłość dzieci i używając ew. nagród za regularne uczęszczanie matek. Opieka otwarta nie może być według Welde'go przywiązana do jednego miejsca, musi być naprawdę otwarta t. zn. wchodzić do domów, aby tam nieść światło, uświadomienie i zdrowie.

Po ujemnem doświadczeniu z zakładem zamkniętym pod Paryżem z lat 1870 — 80, Francuzi w swej walce z kiłą posługują się obecnie przeważnie opieką otwartą, tworząc według projektu Fournier'a Poradnie Przeciwkiłowe, czyli po francusku t. zw. „Dispensaires antisyphilitiques", których według Couvelaire'a otworzono we Francji od roku 1919 — 1924 już 28. Z temi Przychodniami Przeciwkiłowemi we Francji współdziała ściśle 300 zakładów opieki nad matką i dzieckiem. Podobnie dzieje się w Belgji, we Włoszech, w Austrji i w Niemczech, gdzie opieka nad kiłowemi jest dość wysoko postawiona. W Rosji Sowieckiej zaś ma być około 300 Przychodni dla kiłowych matek ciężarnych.

W Polsce pierwszą Przychodnię Przeciwkiłową dla dzieci otworzył przy Klinice Pedjatrycznej we Lwowie w roku 1920 Doc. Progulski, a wkrótce objął ją i prowadzi dotąd kol. Heszeles. Drugą w r. 1921 otworzył w Wilnie kol. Szuniewicz, obecnie misjonarz i okulista w Chinach, a po nim objął ją i prowadzi dotąd kol. Zienkiewicz. Trzecią Przychodnię tego rodzaju otworzył autor niniejszego artykułu z początkiem 1925 r. przy Klinice Chorób Dziecięcych w Warszawie; po roku przeniósł ją do Kliniki Dermatologicznej, a w połowie 1927 r. oddał ją Polskiemu Tow. Eugenicznemu, w którego siedzibie przy Nowym Świecie prowadzi ją dotąd kol. Welfle. Czwarta powstała z inicjatywy prof. Jonschera przy Klinice pedjatrycznej w Poznaniu. W Łodzi leczą się dzieci kiłowe w Ambulatorjum Szpitala Anny Marji w specjalnych godzinach. Pozatem dziećmi kiłowemi w Polsce opiekują się ogólne Przychodnie Przeciwkiłowe Ośrodków

Zdrowia oraz Ambulatorja dziecięce szpitalne i kasowe w ogólnych godzinach przyjęć.

Podczas 2½ letniego prowadzenia przezemnie Przychodni Przeciwkiłowej dla dzieci w Warszawie, leczonych było ogółem 75-cioro dzieci, z tych 55 leczono przez czas dłuższy czyli dłużej niż jeden tydzień, a z nich 5-cioro tylko zdołano wyleczyć zupełnie, i 20-cioro leczono bardzo krótko, ponieważ wyjechały lub przeniosły się z leczeniem gdzieindziej, albo przestały się leczyć zupełnie, nie reagując na odwiedziny i napomnienia pielęgniarki oraz lekarza, względnie zmarły wkrótce po rozpoczęciu leczenia, a takich było 7-mioro. Z 55-ciorga dzieci leczonych dłużej niż jeden tydzień w Przychodni, zmarło 12-cioro, czyli 21·8 proc., i to na zapalenie płuc 6-cioro, na błonicę 2-je, na odrę jedno, na zaburzenia żołądkowo-kiszkowe jedno, na ropne zapalenie ucha środkowego jedno i jedno z przyczyn niewyjaśnionych. Jeżelibym nawet doliczył te 7-mioro, które zmarły zaraz po rozpoczęciu leczenia, wówczas na 75 wszystkich dzieci kiłowych w Przychodni zmarło 19, czyli 25·3 proc. Pozatem przez Przychodnię przeszło 20-cioro z górą dzieci bez objawów kiłowych i z ujemnym odczynem Wa, które sprowadzono z powodu podejrzenia na kiłę lub tylko pokrewieństwa z dziećmi leczonemi.

Krótkie tylko doświadczenie w leczeniu ambulatoryjnem przekonało mnie zatem o jego wyższości nad klinicznem względnie szpitalnem tem więcej, że wśród moich 19-tu przypadków śmiertelnych, czworo czyli 21 proc. pochodziło z Domu Wychowawczego im. ks. Boduena, kiedy wszystkich dzieci z tego Domu było 9-cioro, czyli 12 proc. wśród 75-ciu leczonych w Przychodni, a zatem 4 przypadki śmiertelne na 9 chorych z Domu Wychowawczego, czyli 45 proc.

W Klinice Heubner'a spostrzegał również Welde na 100 przypadków kiłowych aż 74 śmiertelnych w Klinice, wzgl. w domu w kilka dni po wypisaniu i jeszcze 3 po kilku latach. W Ambulatorjum tejże Kliniki spostrzegał tenże Welde w tym samym czasie na 100 leczonych niemowląt 30 przypadków śmierci podczas leczenia i 11 jeszcze po miesiącach lub latach na odrę i inne choroby. Było to coprawda w latach 1902 — 10, a więc

prawie wyłącznie przedsalwarsanowych. Dopiero tak znakomity znawca kiły wrodzonej i zapalony jej lekarz, jak Eryk Müller, miał w końcu tylko 14 proc. przypadków śmiertelnych wśród dzieci kiłowych w swoim zamkniętym zakładzie. Natomiast Heszeles miał w Przychodni Przeciwkiłowej we Lwowie 26'5 proc. śmiertelności, czyli niewiele więcej odemnie, gdy Comby dla wszystkich dzieci kiłowych przyjmuje aż 50 proc. śmiertelności.

Jeżeli w końcu zastanowimy się nad przyczynami wysokiej śmiertelności wśród dzieci kiłowych i łatwo stwierdzić możemy wtórne zakażenia jako jej winowajców, wówczas przechylić musimy naszą decyzję na korzyść leczenia kiły wrodzonej w Przychodniach Przeciwkiłowych dla dzieci. Zapobiegamy wtedy tak zdradliwym dla dzieci kiłowych zakażeniom wtórnym, których na zamkniętych oddziałach szpitalnych tak trudno uniknąć, i zachowujemy przedewszystkiem dziecku pieczołowitą i serdeczną opiekę matki, jak i jej pokarm, których nic, jak wiadomo, zastąpić nie może. Dajemy zaś dzieciom koniecznie potrzebne lekarstwa i matkom światłe rady, które ich troskliwą opieką uzupełniają i rozwijają.

Dr. ELJASZÓWNA ANNA — (Paryż).

Istota i cel eugeniki.

Eugenika jest to nauka, której przedmiotem jest według określenia amerykańskiego uczonego Galtona „badanie czynników podlegających kontroli społeczeństwa, i zdolnych wpłynąć ujemnie albo dodatnio na właściwości rasowe fizyczne i umysłowe wszystkich pokoleń". Zagadnienia, dotyczące eugeniki wchodzą w zakres różnych gałęzi nauki: przedewszystkiem nauk przyrodniczych, zwłaszcza medycyny, a także prawa i socjologji. W szczególności są to kwestje następujące: 1) Zasadnicze znaczenie dla eugeniki ma nauka o dziedziczności. Punktem wyjścia dążeń do poprawy rasy było właśnie stwierdzenie faktu, że pewne cechy osobnika przenoszą się na jego potomstwo i mogą się utrwalać w szeregu pokoleń. Rodzice przekazują dzieciom nie tylko cechy swoje, ale właściwości sze-

regu przodków, zarówno fizyczne, jak i umysłowe, zarówno ujemne, jak dodatnie. Zjawiskami dziedziczności cech fizycznych rządzą prawa, których poznanie zawdzięczamy Mendlowi, uzupełnienie zaś wyżej wspomnianemu Galtonowi. Natomiast prawa dziedziczenia cech umysłowych są do dziś dnia niejasne i nie zbadane. Nie wiemy, dlaczego w rodzinie inteligentnej pojawiają się dzieci umysłowo upośledzone, a z drugiej strony z najniższych warstw społeczeństwa wychodzi wielki genjusz naukowy, artystyczny albo polityczny. 2) Jednostka w ciągu swego życia podlega różnym wpływom, zakażeniom, zatruciom itd. Oczywiście wpływ tych różnych czynników jest niezawsze jasny i w szczegółach zbadany. Znamy jednak dobrze jedną truciznę, która wywiera zgubny wpływ nietylko na jednostkę, ale i na jej potomstwo. Tą trucizną jest alkohol. Alkoholizm rodziców powoduje zwyrodnienie umysłowe i fizyczne dzieci, różne ich choroby, zwłaszcza nerwowe. Stąd też celem eugeniki jest zwalczanie alkoholizmu. 3) Z chorób zakaźnych szczególnie wybitny wpływ na potomstwo ma kila. Kila rodziców jest najczęstszą przyczyną poronień i śmiertelności dzieci w pierwszym roku życia. Kila przenosi się na potomstwo albo w postaci rozwiniętych objawów chorobowych, jak zmiany skórne wysypkowe i wrzodziejące, ślepota, głuchota, zmiany w kościach i narządach wewnętrznych, albo też powoduje niedorozwój fizyczny i umysłowy bez określonych objawów chorobowych. Stąd też eugeniści muszą się interesować kwestją zwalczania chorób wenerycznych, jako jedną z przyczyn skarłowacenia rasy. 4) Zagadnienia immigracyjne. Dopływ osobników obcej narodowości i obcej rasy powoduje modyfikacje właściwości rasowych ludności tubylczej. 5) Wreszcie zagadnienia kryminologji. Współpraca lekarzy, prawników i moralistów, prowadzi do stwierdzenia faktu, że pewien procent zbrodniarzy, należy uważać za osobniki nienormalne, z natury skłonne do zbrodniczości. Ten pociąg do zbrodni można stwierdzić w szeregu pokoleń, jest zatem w pewnych wypadkach dziedziczny. Stąd też jest dążeniem eugenistów usuwanie takich osobników obciążonych dziedzicznie od czynności rozrodczej.

Różne kraje odnoszą się do zagadnień eugeniki z roz-

mailym stopniem zainteresowania i zależnie od warunków miejscowych i od nastawienia do tej kwestji używają różnych metod w celu poprawy rasy. Należy wyróżnić 3 kierunki eugeniki, zareprezentowane przez różne państwa: 1) eugenika negatywna ma na celu zapobieganie rozmnażaniu się jednostek dziedzicznie obciążonych. Przedstawicielem tego kierunku są Niemcy. Zainteresowanie zagadnieniami eugeniki wypływa logicznie ze stworzonej przez Niemcy teorji rasizmu. Dążność do udoskonalenia rasy przejawia się w ustawie o przymusowym ubezpłodnieniu przestępców i osobników obciążonych dziedzicznie. Podobne przepisy istniały już dawniej w niektórych stanach Ameryki Północnej. W krajach skandynawskich istnieje przymus świadectwa przedślubnego W Rosji według brzmienia ustawy małżeńskiej, małżonkowie są obowiązani wzajemnie się uświadomić o zakażeniu wenerycznym i obciążeniu dziedzicznem Ujemną stroną tych ustaw jest to, że są one zbyt wielkiem ograniczeniem wolności osobistej, z drugiej zaś strony zbyt wielkim obciążeniem sumienia i odpowiedzialności lekarza. Przytem brak im dostatecznej podstawy naukowej. Powtarzam jeszcze raz, że zjawiska dziedziczności nie są dostatecznie zbadane i często niejasne, zwłaszcza, jeżeli chodzi o dziedziczność cech umysłowych. W Anglji propaguje się na szeroką skalę używanie środków zapobiegawczych i ograniczanie liczby urodzeń, chcąc w ten sposób zmniejszyć rozrodczość najniższych warstw społeczeństwa. Jak wiadomo ze spostrzeżeń poczynionych także w innych krajach, ten kierunek eugeniczny stwarza stan rzeczy wprost odwrotny do zamierzonego celu: dążność do ograniczenia urodzeń przejawia się znacznie silniej w wyższych warstwach społeczeństwa a więc tych, których rozmnażanie byłoby właśnie pożądane z punktu widzenia eugeniki, natomiast w niższych warstwach rozrodczość bynajmniej nie zmniejsza się. W ten sposób dobór idzie w kierunku ujemnym, a nie dodatnim. Jak wiadomo, najbardziej krańcowe ustawy pod tym względem posiada Rosja. Mam tu na myśli jawne i zalegalizowane przerywanie ciąży. Jednakże urządzenia te są nie tyle wyrazem dążności do poprawy rasy, jak raczej konsekwentnem przeprowadzeniem zasady wolności i równouprawnienia kobiety. 2) eugenika pozy-

tywna, polega na dążeniu do poprawy rasy przez dobór najlepszych osobników. Jednakże taka sztuczna hodowla rasy ludzkiej byłaby zbyt wielkim zamachem na wolność osobistą i skutkiem tego jest w praktyce nie do pomyślenia. 3) eugenika korrektywna jest kierunkiem przeważającym we Francji. Sytuacja, jaka wytworzyła się we Francji, jest szczególnie trudna. Katastrofalny spadek ludności nie pozwala na stosowanie ryzykownych eksperymentów, nakazuje zrzec się mrzonek o stworzeniu rasy doskonałej, predestynowanej do panowania nad światem i zmusza eugenistów francuskich do niesłychanej ostrożności w traktowaniu problemów ludnościowych. Dominującą we Francji dążnością jest puéri culture anténatale tj. ochrona dziecka w okresie przed urodzeniem. Wyrazem tej dążności jest zorganizowanie licznych poradni dla ciężarnych, które gęstą siecią pokrywają całą Francję i pozostają w ścisłej współpracy i kontakcie z poradniami przeciwkiłowemi. Charakterystyczną cechą eugeniki jest skupienie uwagi na zwalczanie kiły, jako tego czynnika, który powoduje degenerację rasy i śmiertelność dzieci; to ma zasadnicze znaczenie we Francji, której kapitał ludzki topnieje w tempie przerażającym. Obecnie jest w toku akcja organizowania poradni przedślubnych. Taka poradnia istnieje w Paryżu przy Hopital Cochin. W r. 1931 Pinard wniósł do parlamentu projekt ustawy o przymusowem przedkładaniu świadectwa zdrowia przed ślubem. Również zwraca się uwagę na zakładanie poradni nietylko dla kandydatów do stanu małżeńskiego, ale i dla małżeństw już zawartych. A zatem cechą eugeniki francuskiej jest z jednej strony ostrożność i unikanie wszelkich eksperymentów niepewnych w skutkach, a drugiej strony poszanowanie wolności osobistej, tak charakterystycznej dla Francji tej ziemi wolności i swobody. Środkiem wprowadzenia w czyn zamierzeń jest nie przymus policyjny, ale wykształcenie w społeczeństwie karności osobistej, dobrowolnego podporządkowania się celom ogółu wypływającego z uświadomienia i przesłanek logicznych.

Przegląd piśmiennictwa.

(Streszczał Dr. Fr. Schnek — Lwów).

Prof. Dr. PHILIPP (Greifswald).

Znaczenie Konstytucji ustroju w położnictwie.

Przy porodach napotyka zarówno lekarz, jak i położna bardzo często nieprawidłowości, jak np. słabe bóle, niepodatność ujścia lub przedwczesne odejście wód płodowych u rodzących, u których spodziewano się zupełnie normalnego porodu. Jakkolwiek przyczyny tych niespodzianek przeważnie nie znamy, to jednak z codziennej praktyki dochodzimy do wniosku, że jedne kobiety rodzą łatwiej, a inne trudniej i o tych ostatnich mówimy, że są konstytucjonalnie mniej wartościowe.

Pod mianem konstytucji rozumiemy przeto te wszystkie wrodzone i nabyte cechy ustroju ludzkiego, które w całości stwarzają typy ludzkie, z których jedne łatwo, a inne trudno znoszą te same uszkodzenia względnie choroby. W położnictwie spotykamy zatem jednostki, których konstytucja przemawia zatem, że przebieg porodu będzie u nich normalny i łatwy lub też trudny i nieprawidłowy.

I tak rozróżniamy dwie grupy kobiet, co do których z pewnem prawdopodobieństwem twierdzić możemy, że przy porodzie napotkamy u nich na nieprawidłowości i powikłania. Z jednej strony są to kobiety wątłe, blade, o słabo rozwiniętych mięśniach i skłonne do schorzeń — zwłaszcza płucnych (gruźlica), a z drugiej strony są to kobiety o nadmiernej otyłości, o silnie rozwiniętej strukturze kostnej, a przeważnie słabo rozwiniętych mięśniach.

Przebieg porodu i połogu jest doskonałym miernikiem konstytucji kobiety. Kobieta konstytucjonalnie silna i zdrowa odbywa poród szybko i bez powikłań, zaś kobieta konstytucjonalnie niepełno-wartościowa, odbywa poród przeważnie nieprawidłowo. Bardzo ważną rolę odgrywa też dziedziczność, albowiem często spotykamy się u rodzącej, u której poród przebiega nie normalnie, z powiedzeniem, że i matka jej miała np. krwotok lub słabe bóle itp. Typ 2-gi to jest kobiety o nadmiernej otyłości, są dla lekarza i położnej jeszcze niebezpieczniejsze, aniżeli typ 1-szy; u kobiet nadmiernie otyłych, spotykamy bowiem

często skłonność do rzucawki, słabe bóle porodowe oraz krwotoki w 3-cim okresie porodowym. Z pośród tych kobiet najwięcej jest tych, które z jednej strony z powodu niedorozwoju nie mogą wogóle zajść w ciążę, a z drugiej strony u nich przy porodach napotykamy często olbrzymie płody (5 — 6 kg), nastręczające przy rozwiązaniu ogromne trudności.

Ponieważ ocena wartości konstytucjonalnej jest bardzo ważną, dla wyrobienia sobie prawdopodobnego obrazu, jak będzie przebiegał poród i połóg, położne winne zwracać szczególną uwagę na cechy wyżej wspomniane oraz na wywiady, rodzinne, które mogą przyczynić się w znacznym stopniu do rozpoznania konstytucji danej pacjentki.

Czasopismo dla położnych Nr. 1/35.
(Zeitschrift Deutsch. Hebammen).

RUCH ORGANIZACYJNY.

PROTOKÓŁ

Dnia 6. grudnia 1934 r. odbyło się zebranie prezydjum Oddziału Powiatowego Związku Zaw. Egz. Położnych w Samborze w mieszkaniu przewodniczącej Oddziału, Anny Nitkiewiczowej, przy ul. Kopernika 38.

Po zagajeniu zebrania, zabrała głos przewodnicząca, która przedstawiła zebranym potrzebę organizowania się w Z. Z. E. Poł., ze względu na coraz gorsze stosunki zarobkowe zawod. położnych, które Związek stara się poprawić względnie polepszyć przez wywalczenie podwyższenia płac okręgowych i miejskich położnych, zwalczanie babek, jakoteż Związek ten udziela pomocy prawnej i materjalnej swoim członkiniom, które z tytułu swego zawodu mogą w każdej chwili, aczkolwiek niejednokrotnie niewinnie znaleźć się przed sądem.

Co do zwalczania babek, to — zdaniem mówczyni — wskazanem by było, żeby władze administracyjne oprócz ukarania ich za udzielanie pomocy przy porodzie, karały również dotyczącą klijentkę, względnie tego, kto wezwał daną babkę do porodu. Pozatem mówczyni postawiła wniosek, żeby lekarz powiatowy nie przyjmował więcej

położnych do Sambora-miasta, ze względu na wielką ilość położnych, znajdujących się w Samborze bez pracy.

Następnie zabrała głos Anna Ingorek z Sambora, która przedstawiła projekt założenia po wsiach poradni dla matki i dziecka. Poradnia taka obejmowałaby 5 — 6 wsi i byłaby pod opieką lekarza okręgowego, zaś położna w takiej poradni pracowała by stale za wynagrodzeniem miesięcznem, wyznaczonem przez odnośny Wydział Powiatowy. Koszta utrzymania takiej poradni, spadły by na poszczególnych obywateli, którzy przy wpłacaniu podatku składaliby po kilkadziesiąt groszy (zależnie od wymiaru podatku), względnie ilości posiadanego gruntu. Poradnie takie istnieją już w niektórych Województwach Polski, a praktyka wykazała, że są one celowe i nie obciążają ani Skarbu Państwa, ani też samorządów, gdyż utrzymywane są przez obywateli.

Następna mówczyni Adamczykowa z Radłowic, poruszyła sprawę Kas Chorych, które wypłacają koszty porodu odnośnym członkom, nie żądając żadnego zaświadczenia. Wskazanem by było, że Kasy Chorych przy wypłacaniu kosztów porodu, żądały od swoich członków zaświadczenia egzam. położnej i tylko na podstawie takiego zaświadczenia koszty porodu wypłacały, gdyż zdarzają się wypadki, że przy porodzie jest babka, a Kasa Chorych wypłaca należność dla położnej.

W końcu zabrała głos p. Schildkraut ze Starego Sambora, która z oburzeniem oświadczyła zebranym, że w wielu wypadkach lekarze starosamborscy udzielają sami pomocy przy porodzie, mimo, że jest tam dość położnych, które po parę miesięcy nie mają porodu. Postępowanie takie — zdaniem mówczyni — nie licuje z godnością lekarza, i powinno być ostro przez Związek napiętnowane. Jeżeli lekarze będą sami odbierać dzieci, to nie trzeba kształcić położnych i narażać je na koszta związane z wyszkoleniem. Gdzie odbywa się poród, tam powinna być wzywana położna, niezależnie od tego, czy jest tam lekarz, czy nie.

Sambor, 16. grudnia 1934 r.

Sekretarka:	Przewodnicząca:
w. z. Gronek m. p.	Anna Nitkiewiczowa

Sprawozdanie kasowe Stow. Egz. Poł. Mał. Wsch. za rok 1934.

Saldo z r. 1933	431 Zł.	36 gr.	
Przychody w r. 1934	504 „	45 „	
Razem	935 Zł.	81 gr.	
ROZCHODY w r. 1934:			
Podróże w celach organizacyjnych	226 Zł.	— gr.	
Pożyczki członkiniom	64 „	— „	
Cenniki, statuty	25 „	— „	
Pogotowie Ratunkowe	10 „	— „	
Administracja i inne	203 „	90 „	
Razem	528 Zł.	90 gr.	
Saldo na rok 1935	406 „	90 „	
Razem	935 Zł.	81 gr.	

Sprawozdanie kasowe miesięcznika „Położna" za rok 1934.

DOCHODY:		
Wpłaty za abonament	868 Zł.	15 gr.
Kraków (Subwencja)	200 „	— „
Lwów (za przedpłatę roczną)	532 „	65 „
Dochody z reklam firmowych	305 „	— „
Razem	1 905 Zł.	80 gr.
ROZCHODY:		
Drukarz	1.064 Zł.	20 gr.
Wysyłka nakładu	141 „	40 „
Czeki P. K. O.	48 „	— „
Subwencja na IV Zjazd Położnych	200 „	— „
Manip. P. K. O.	14 „	30 „
Na powodzian	25 „	— „
Licencja St. Gr.	12 „	10 „
Prowizje	40 „	— „
Tytułem prac.	10 „	— „
Wysyłki klisz i prac	14 „	95 „
Administr. i inne	75 „	74 „
Razem	1.645 Zł.	69 gr.
Saldo na rok 1935	260 „	11 „
Razem	1.905 Zł.	80 gr.

Sprawozdanie z czynności Zw. Egz. położnych we Lwowie za rok 1934.

Na posiedzeniach Zw. poza sprawami czysto zawodowemi, odczytywane były referaty przez P. P. lekarzy.

W posiedzeniach również brały udział Panie Zw. Pracy Obyw. Kobiet, wygłaszając odczyty na następujące tematy:

1) Ważne stanowisko położnej.
2) Stosunek społeczeństwa do położnych.
3) Ruch kobiecy w zdobywaniu pracy.
4) Stanowisko kobiety na tle nowej konstytucji.
5) Podniesienie pracy Zw. i pracy organizacyjnej.
6) Pogląd na sprawy społeczne i wiele innych.

Związek w pracy organizacyjnej starał się o zakładanie oddziałów powiatowych, których dotychczas powstało kilka, a mianowicie: w Krośnie, w Tarnopolu, w Samborze, w Horodence, w Czortkowie, w Kałuszu.

Obecnie w toku pracy organizacyjnej są Brody i Trembowla.

Organem Związku jest pismo zawodowe, miesięcznik „P o ł o ż n a".

Samopomoc.

Dnia 7. lutego 1935 r. odbyło się I. Założycielskie Walne Zebranie członków Kasy Wzajemnej Pomocy (Samopomoc) uczenic Państw. Szkoły Położnych we Lwowie.

Obecnych 35 osób.

Przewodnictwo objęła P. Michalina Szczerbak, członkini Zarządu Koła Grunwaldzkiego T. S. L. we Lwowie.

Na porządku dziennym:

1). Sprawa założenia Kasy Wzajemnej Pomocy,
2). Wybór Zarządu, wybór Rady Nadzorczej.
3). Ustalenie wysokości wpisowego i wysokości udziału Kasy Pożyczkowej,
4). Wolne wnioski.

Ad. 1. W sprawie założenia Kasy Pożyczkowej, zabiera głos Pani Michalina Szczerbak, zachęcając zebrane uczenice Szkoły Położnych do założenia Pożyczkowej Kasy, która w różnych ciężkich chwilach mogłaby przyjść z pieniężną pomocą, w formie krótkoterminowych poży-

czek. Kasa ta w przyszłości, o ile by się rozwinęła, mogłaby być Kasą Związku Zawodowego, a pierwsze członkinie założycielki miały by tę zasługę, że wprowadziły w życie tak pożyteczną instytucję.

Walne Zgromadzenie jednogłośnie uchwaliło założyć Kasę. —

Ad. 2. Do Zarządu wybrano przez aklamację Panią Michalinę Szczerbak, jako Przewodniczącą. Na członków Zarządu PP. Pomazańską Katarzynę, Kobakównę Weronikę, Poklepównę Władysławę i Srebrównę Stanisławę.

Do Rady Nadzorczej wybrano: Pana Dr. Stanisława Mączewskiego, Dyrektora Państw. Szkoły Położnych, Pana Prof. Kazimierza Żurawskiego, Wice-prezesa Koła Grunwaldzkiego T. S. L. i Marję Kubiszynównę.

Ad. 3. Wysokość wpisowego bezzwrotnego, ustaliło Walne Zgromadzenie w wysokości 20 gr., a udziały do kwoty 5 zł.

Ad. 4. Na wniosek P. Prof. Żurawskiego, Walne Zgromadzenie uchwaliło jednogłośnie, że udział może być wypłacony nie prędzej jak po 5 latach od chwili ukończenia Szkoły, mianowicie dopiero przy okazji, pierwszego lub następnych przeszkoleń.

Na tem Walne Zgromadzenie zamknięto.

Sekretarka: Weronika Kobak

Przewodnicząca Zarządu: Michalina Szczerbak

Głos położnej.

Na artykuł w miesięczniku „Położna" z miesiąca września i października 1934 r. Nr. 9 i 10., pt. „Seminarjum Położnicze".

Nizki poziom wykształcenia:

Dawniej wymagano od kandydatki na położną umiejętności języka polskiego w słowie i piśmie, natomiast dzisiaj wobec ogólnego postępu poziomu wykształcenia wymaganem jest, żeby kandydatki na położne ukończyły najmniej VII klas szkoły powszechnej. Wyjątkowo przyjmuje się do szkoły położnych kandydatki o niższem niż VII kl. szkoły powszechnej wykształceniu, które przy egzaminie wstępnym wykazują odpowiedni poziom inteligencji. Co do poziomu wykształcenia fachowego to dawne położne ukoń-

czyły tą samą szkołę położnych co dzisiejsze, a że dawniej kurs trwał 9 miesięcy, a obecnie 2 lata, to chyba nie jest to winą położnych. Nie można wymagać od położnej, żeby ona po kilku, a nawet kilkunastoletniej pracy zawodowej uczęszczała do szkoły nowego typu.

Każda położna, której stosunki materjalne na to pozwalają, prenumeruje miesięczniki zawodowe, z których może czerpać nowe zdobycze wiedzy. Zarzut w tej mierze jest nie na miejscu, gdyż niesłusznie szarpie, ambicję położnej i zadaje niepotrzebnie bolesne ciosy, przyczem osiąga się skutki wręcz przeciwne zamierzonym, gdyż działa odstraszająco od czytania „Położnej", w której zamiast zachęty do pracy, oraz nadzieji uzyskania lepszego jutra, znajduje się krytykę i smaganie biczem ludzi spracowanych niejednokrotnie o głodzie i chłodzie. Nieuctwa również nie można położnym zarzucać, gdyż one przewidzianą przepisami w danym okresie czasu wiedzę zdobyły i na tej podstawie po złożeniu egzaminu otrzymały dyplomy.

Panujący obecnie kryzys zmusza niejedną położnę do chwytania się innych prac, z których czerpią dochody na utrzymanie siebie, a nawet rodziny i niejedną niestać na wpłacenie wkładki miesięcznej do związku i prenumeratę czasopisma, nie mówiąc już o przeszkoleniu, które siłą faktu pochłonie znaczną kwotę. Są położne, które już od roku, a nawet i dłużej nie miały ani jednego porodu, a są i takie, którym trafi się jeden poród w roku za 10 zł., a nawet 5 zł. Czyż można wymagać by taka położna prenumerowała miesięcznik lub należała do związku, jeżeli ona nie zarobi nawet na opłatę tego miesięcznika lub związku. Tym właśnie sprawom należałoby poświęcić więcej pracy i tu autor artykułu „Seminarjum położnicze", winien moim zdaniem podać myśli przewodnie, któreby podniosły wartość zawodu położnej, który dotychczas jest naprawdę „zawodem".

Położną nowego typu czeka ta sama nędza i walka z życiem, gdyż już dzisiaj jest wiele położnych, które zdały egzamin w r. 1932, czyli ukończyły szkołę nowego typu i dotychczas nie miały ani jednego porodu.

Nie udzielanie się pracy społecznej nie należy poczytywać za aspołeczność, bo niejedna położna oddałaby się pracy społecznej, ale niestety, walka o chleb powszedni

zabiera położnym całe dnie i noce i nie pozwala im udzielać się społecznie. Praca społeczna tych, którzy mają na to środki, czas i wiedzę, powinna złemu zaradzić i tak stosunki poprawić, ażeby dać możność położnym brania udziału w tej pracy, lecz nie wymagać od nich tego co jest niemożliwe.

Położne, które wskutek braku funduszów na wkładki nie należą do związku zawodowego i nie prenumerują miesięczników, tracą wiele, gdyż nie mają możności uświadamiania się i zapoznania z najważniejszymi zdobyczami wiedzy lekarskiej w dziedzinie położnictwa, należy jednak wziąść w obronę położne zrzeszone w Związku, które dobrze zdają sobie sprawę z obowiązujących ich przepisów.

Niesłusznym jest również zarzut o nienależytem skoordynowaniu organizacji i braku myśli przewodniej, gdyż Oddział Związku w Samborze, mimo iż został niedawno zorganizowany, pracuje intensywnie. Lwią część zasług w zorganizowaniu Oddziału i jego pracy organizacyjnej, przypisać należy JWP. Dr. Stanisławowi Chrząszczewskiemu, lekarzowi powiatowemu w Samborze, który jeżeli chodzi o polepszenie bytu położnych, zawsze stara się im dopomóc.

JEDNA Z CZŁONKIŃ ZWIĄZKU.

Z PRAKTYKI.

Wezwano mnie do porodu. Z wywiadów dowiedziałam się, że rodząca przeszła 3 porody kleszczowe po sanatorjach we Lwowie, Wilnie i w Warszawie, przyczem po każdym takim porodzie był krwotok.

Ponieważ zachodziła obawa, że i tym razem nie obejdzie się bez kleszczy, przeto zaproponowałam rodzącej, żeby udała się do szpitala, jednak ona słyszeć o tem nie chciała i oświadczyła mi, że bezwarunkowo do szpitala nie pójdzie.

Przy badaniu zewnętrznem stwierdziłam ułożenie płodu prawidłowe. Pęcherz płodowy pękł jeszcze przed moim przybyciem. Ponieważ bóle nie następowały, wezwałam lekarza, który po zbadaniu wewnętrznem, polecił mi zastosować chininę, celem wywołania bólów. Mimo za-

stosowania chininy, bole nie nastąpiły, wobec czego po porozumieniu się z lekarzem, zastosowałam w pewnych odstępach czasu chininę i zastrzyki, co jednak nie pomogło, gdyż bole nie nastąpiły.

Lekarz widząc, że chinina i zastrzyki bolów nie wywołują, oraz, że od chwili pęknięcia pęcherza płodowego upłynęło już 4 dni, oświadczył rodzącej, że w czasie swojej tyloletniej praktyki lekarskiej nie spotkał się jeszcze z podobnym wypadkiem i że rodząca powinna stanowczo udać się do szpitala, gdyż w przeciwnym razie mogą wyniknąć przykre dla niej następstwa. Rodząca mimo wszystko do szpitala pójść nie chciała, wobec czego lekarz odszedł i zostawił mnie samą.

Ponieważ wszelkie zabiegi celem wywołania bolów nie odniosły skutków, przeto zastosowałam środek bardziej prosty i nie grożący, a mianowicie, gorący termofor na powłoki brzuszne, który po paru minutach wywołał bole. Bole te trwały około 12 godzin, poczem poród odbył się siłami natury. Płód żywy, donoszony, wagi 3.800 gr. bez krwotoku. Po każdym z poprzednich porodów, rodząca leżała po 3 miesiące, zaś po ostatnim po 14-tu dniach wstała z łóżka i czuła się zupełnie dobrze.

Sambor, 23 stycznia 1935.

Anna Nitkiewiczowa.

Udział położnych w walce z alkoholizmem.

Stały dodatek do czasopisma „Położna“ we Lwowie, ul. Pijarów 4. — Nr. 1—2 za styczeń i luty 1935 r.

OD REDAKCJI „POŁOŻNEJ“. Na życzenie czytelniczek i w uzupełnieniu programu kształcenia i zaprawienia położnych do współdziałania w walce z różnemi chorobami społecznemi, do których w pierwszym rzędzie należy alkoholizm, zaprowadzamy odtąd w naszem czasopiśmie systematyczny dział, dotyczący udziału położnych w walce z tą klęską społeczną, w formie osobnego stałego dodatku, redagowanego przy uczestnictwie poważnego grona specjalistów w tej dziedzinie, oraz członkiń nowopowstałego „Koła położnych-abstynentek im. Dr. Zofji Daszyńskiej-Golińskiej“ przy Tow. walki z alkoholizmem

„Trzeźwość“ we Lwowie. Dotąd współudział w prowadzeniu tego dodatku łaskawie przyobiecali JWP. Ks. Dr. Jan Ciemniewski, Dyr. Bronisław Duchowicz, Mikołaj Skiba, Dr. Rudolf Stenzel, prof. Kazimierz Żurawski. Mamy nadzieję, że dodatek ten ułatwi działalność propagandową i organizacyjną licznemu już gronu kobiet, pragnących współpracować w walce z alkoholizmem, a zwłaszcza rozproszonym po wsiach i miasteczkach położnym w ich codziennej pracy zawodowej dla dobra ludności.

Pierwsze w Polsce Koło Położnych-Abstynentek.

Dnia 10. lutego 1935 r. w 15-tą rocznicę odzyskania przez Polskę wybrzeża morskiego, na zebraniu członkiń Świetlicy T. S. L. im. Król. Jadwigi dla kobiet dorosłych (uczenic Państwowej Szkoły Położnych) we Lwowie, odbytem w sali Internatu dla tychże uczenic w gmachu Bursy T. S. L. im. F. Boberskiej, po przemówieniu prof. Kazimierza Żurawskiego, wiceprezesa Koła Grunwaldzkiego T. S. L. i długoletniego działacza abstynenckiego, postanowiono zawiązać pierwsze w Polsce „Koło położnych-abstynentek“ przy Tow. walki z alkoholizmem „Trzeźwość“ we Lwowie. Koło to przybrało sobie na wzór i przykład imię zmarłej w 1933 r. znakomitej uczonej polskiej i wytrwałej, długoletniej działaczki abstynenckiej, autorki wielu dzieł ekonomicznych, alkoholicznych i socjologicznych z dziedziny polityki populacyjnej, Dr. Zofji Daszyńskiej-Golińskiej. Przy założeniu Koła zgłosiło przystąpienie 11 uczenic P. S. P., a na następnem zebraniu świetlicowem odbytem w tydzień później, dnia 17. II. 1935 po wykładzie p. Dyr. Bronisława Duchowicza, pt. „Wpływ alkoholizmu na kobietę i dziecko, oraz na całe społeczeństwo“, przystąpiło jeszcze kilka osób na członków tego Koła. Niektóre członkinie złożyły ślubowanie abstynenckie do końca życia i te tworzą I. grupę członkiń: dożywotnią, inne zaś złożyły ślubowanie abstynenckie na pewien okres czasu, przeważnie na okres 3 lat, i te tworzą II. grupę: czasową. Wszystkie ślubowania członkiń do „Koła Położnych-Abstynentek“ przystępujących, będą ogłaszane drukiem na łamach naszego czasopisma w miarę zgłaszania się tych członkiń, a to dla przykładu i celem kontroli organizacyjnej. Obecnie podajemy poniżej spis tych członkiń Koła.

które dotychczas podpisały formułę ślubowania abstynenckiego w I lub II grupie członkiń.

Ślubowanie abstynenckie członkiń „Koła Położnych-Abstynentek im. Dr. Zofji Daszyńskiej-Golińskiej“ przy Tow. walki z alkoholizmem „Trzeźwość“ we Lwowie.

I. Grupa dożywotnia.

„Przyrzekam uroczyście, iż powstrzymam się do końca życia od używania wszelkich napojów upajających, a słowem i przykładem przywodzić będę innych do podobnego postanowienia“.

L.	Nazwisko i imię	Data i miejsce urodzenia	Stałe miejsce zamieszkania	Data ślubowania
1.	Kołakówna Weronika	19. XI. 1902 Borysław, pow. Drohobycz.	Borysław	17. II. 1935
2.	Pomazańska Katarzyna	14. XI. 1902 Żorniszcze pow. Łuck.	Kołodenka pow. Równe	17. II. 1935.
3.	Nyczówna Paulina	28. X. 1911 Jezierna, pow. Zborów.	Jezierna	17. II. 1935.
4.	Dyczkowska Marja	26. IV. 1900 Zazdrość, pow. Trembowla.	Zazdrość	18. II. 1935.
5.	Nahornówna Józefa	9. III 1903 w Glinnej, p w. Lwów.	Lwów, ul. Sodowa l. 1	18 II. 1935.
6.	Szelcowa Honorata	24. IV. 1909 Krościenko Niżne, pow. Krosno.	Krościenko Niżne	18. II. 1935.
7.	Dawidowiczowa Władysława	17. III. 1905 Waręż, p. Sokal.	Rawa Ruska Moniuszki l. 26	18. II. 1935.
8.	Mokrzykówna Michalina	28. IX. 1902 Janów, Gródek Jagiell.	Janów	18. II. 1935.

II. Grupa czasowa

„Przyrzekam uroczyście, iż powstrzymam się na czas określony od używania wszelkich napojów upajających, a słowem i przykładem przywodzić będę innych do podobnego postanowienia“.

L. p.	Nazwisko i imię	Data i miejsce urodzenia	Stałe miejsce zamieszkania	Data ślubowania	Na okres
1.	Hasztowa Julja	29. XI. 1900 Leżajsk, pow. Łańcut.	Leżajsk	17. II. 1925.	na 3 lata.
2.	Pawlukowa Anna	14. VI. 1910 Nienadowa, pow. Przemyśl.	Przemyśl	17. II. 1935.	na 3 lata.
3.	Wojtanowska Karolina	15. VIII 1911 PosadaOlchowska, pow. Sanok.	Rymanów	17. II. 1935.	na 3 lata.
4.	Raczkowska Emilja	1. X. 1906 Borynia, p. Turka.	Nadwórna	17. II. 1935.	na 3 lata.
5.	Juszczakówna Leokadja	15. III. 1915 Wierżba, pow. Zamość.	Wierżba	17. II. 1935.	na 3 lata.
6.	Wróblówna Marja	22. V. 1916 Odrzechowa, pow. Sanok.	Odrzechowa	17. II. 1935.	na 3 lata.
7.	Karamonówna Balbina	17. IV. 1911 Wilkolaz, pow. Janów Lubel.	Wilkołaz	17. II. 1935.	na 3 lata.
8.	Sobolowa Helena	21. VIII. 1906 Jarosław.	Jarosław, ul. Kościuszki	18. II. 1935.	na 3 lata.
9.	Lichońska Katarzyna	15. VIII. 1913 Jarosław.	Jarosław, Przedm. Dolnoleżajskie	18. II. 1935.	na 3 lata.
10.	Domkowa Katarzyna	18. III 1906 Kruchel Pawłosiowski p. Jarosław	Jarosław, Przedm. Dolnoleżajskie	18. II. 1935.	na 3 lata.
11.	Fischerowa Julja	12. I. 1906 Krysowice, p. Mościska.	Lwów, Jałowiec 363	18. II. 1935.	na 3 lata.
12.	Majowiczowa Ewa	22. IV. 1909. Lipnica, pow. Kolbuszowa.	Wolawa Niżowska p. Kolbuszowa	18. II. 1935.	na 3 lata.

Wpływ alkoholu na matkę, na płód i przyszły rozwój dziecka.

I.

Kobiety w Polsce nie stanowią niestety wyjątku co do używania, a nawet niekiedy nadużywania alkoholu.

Twierdzenie to odnosi się zarówno do warstw ludowych, jak i sfer inteligentnych. Kobiety z arystokracji i z plutokracji używają alkoholu nawet w stopniu wyższym i częściej, niż kobiety z warstw innych. Co gorsza, że to użycie, a tembardziej nadużycie alkoholu, upozorowane bywa chorobą lub tak wyjątkowym stanem jak ciąża, lub wogóle okresem macierzyństwa. Medycyna ludowa, a niestety niekiedy i nieludowa, usprawiedliwia bez skrupułów w tych razach użycie alkoholu.

Lud uważa za stałe prawidłowo, że wszelkich dolegliwych przypadłości ciąży, leczyć nie trzeba z obawy uszczerbku i szkody dla chorej.

Natomiast wszelkiego rodzaju zachceniom ciężarnej lud chętnie ulega, bo sprzeciwianie się temu jest znów według rozpowszechnionego mniemania ze szkodą dla płodu.

Po zmęczeniu lub utrudzeniu, kobieta ciężarna w wielu okolicach Polski pije suszoną i startą święconą marzannę z wódką.

Gdy pomimo wszelkich ostrożności nastąpi przedwczesny poród, to w niektórych stronach kraju, dają pić położnicy wódkę ze srebrem zeskrobanem ze złotówki i z proszkiem drzewnym.

Na słabości kobiet ciężarnych, według pojęć ludowych, ma być skuteczny dzięgiel leśny (angelica silvestris), wymoczony lub wygotowany w wódce.

Dla ułatwienia porodu dają gdzieniegdzie rodzącej wódkę zmieszaną z tłustością.

Po porodzie położnicy w celu wzmocnienia powszechnie podają mocną wódkę z pieprzem, imbirem i z praśnym miodem.

Krwotoki powstałe z powodu złego zwinięcia się macicy uśmierzają gdzieniegdzie przez podawanie do picia wódki z urażnym kamieniem sproszkowanym.

W kilka dni po porodzie, karmiąca piersią kobieta, już wszystko jada i pije wódkę i to znaddatkiem za mniemaną wstrzemięźliwość podczas ciąży i porodu.

Nawet dziecko nowonarodzone nie jest wolne od tego, aby mu nie dawano wódki.

W celu sprowadzenia snu spokojnego, dają nieraz niemowlęciu szmatkę w wódce zmaczaną do ssania.

Pragnąc uchronić noworodka od uroku, aby kto go nie urzekł; aby oddalić od niego wszelkie czary, dają mu wódkę z bocianiem sadłem.

Ale o tych wszystkich przesądach ludowych, szerzej napiszę w osobnym artykule, tutaj na tem tylko poprzestaję. Wszystkim tym praktykom sprzyjają bardzo babki położnicze, które najczęściej są wątpliwej wstrzemięźliwości od trunków.

Zestawił KAZIMIERZ ŻURAWSKI.

Wydawca: Stow. Zawod. Położnych Małopolski. Redaktor odpow.: Dr. Jan Bażowski
Z Drukarni Narodowej Edwarda Zimnego, Lwów, Szajnochy 2, tel. 21-35.